

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

415

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice-François BOUCAUD

ÉTUDE

SUR

L'INÉGALITÉ PUPILLAIRE PURE
CHEZ LES SYPHILITIQUES

Président : M. LETULLE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVÉ & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

415

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice-François BOUCAUD

ÉTUDE

SUR

L'INÉGALITÉ PUPILLAIRE PURE

CHEZ LES SYPHILITIQUES



Président : M. LETULLE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVÉ & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILÉAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ADRIEN FRANÇOIS BOUCAUD

Le souvenir de sa tendre affection paternelle, de son dévouement et de son noble caractère est toujours vivant en moi.

et

A MA MÈRE

En témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance infinie pour sa bonté et son abnégation inaltérables.

AUX MIENS A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui ont contribué à notre enseignement
nous nous faisons un devoir d'exprimer
nos sentiments de profonde gratitude.*

A Monsieur le Professeur A. GILBERT

Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Bien faible hommage de profonde et
inoubliable reconnaissance pour la
bonté qu'il nous a témoignée en de
cruelles circonstances.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MAURICE LETULLE

Professeur d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*En reconnaissance du grand hon-
neur qu'il nous a fait en voulant bien
accepter la présidence de notre thèse.
Hommage respectueux.*

A MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur ÉMILE SERGENT

Médecin de l'Hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Nous sommes heureux de l'occasion
qui nous est offerte de témoigner au
Maître bienveillant qui nous a conseillé
le sujet de notre thèse et nous a permis
de rechercher dans les observations
prises dans son service celles suscep-
tibles de nous intéresser, nos sincères
sentiments de profonde gratitude et de
respectueux attachement.*

ÉTUDE

SUR

L'INÉGALITÉ PUPILLAIRE PURE

CHEZ LES SYPHILITIQUES

INTRODUCTION

Depuis longtemps l'inégalité pupillaire a attiré l'attention des cliniciens ; cela s'explique par la multiplicité des affections dans lesquelles il peut être donné de l'observer.

Dès 1850, Baillarger signalait dans *la Gazette des Hôpitaux* l'inégalité des pupilles au début de la paralysie générale.

Une très intéressante thèse de l'année 1873 est intitulée « De l'inégalité des pupilles dans les affections unilatérales des diverses régions du corps » (Roque, thèse de Paris).

L'inégalité pupillaire a été constatée dans les états organiques graves du névraxe : méningite, périencéphalite, tumeurs cérébrales, tabès, etc...

Dans ces vingt dernières années les travaux de Babinski (1901), Vaquez, Dufour, Widai et Lemierre (1902), ont montré les relations qui existent entre les troubles pupillaires, la syphilis et les maladies parasymphilitiques (tabès, paralysie générale).

L'inégalité pupillaire a encore été relatée, étudiée, dans les dilatations aortiques, les lésions médiastinales, l'angine phlegmoneuse (Vincent, 1904), le syndrome de Basedow (Hartmann, 1908, Sainton, 1909), les maladies toxi-infectieuses : scarlatine, diphtérie, typhoïde (Massalonga), l'helminthiase intestinale, la splénomégalie (Signorelli), les traumatismes de la moelle cervico-dorsale...

La valeur séméiologique de l'inégalité pupillaire dans les affections pleuro-pulmonaires a été soulignée en 1903 dans la pleurésie par le Professeur Chauffard et son élève Loederich, dans la pneumonie du sommet par Pernot (thèse de Paris, 1904), dans la tuberculose pulmonaire par Souques (1902), Dehérain (1904), Pernot (1904), Fodor (1910).

Signalée en 1889 dans la pneumonie aiguë par Massalongo, l'inégalité pupillaire avait déjà été constatée par Roque en 1873 dans la pneumonie, la pleurésie et la tuberculose pulmonaire.

En 1912, E. Sargent donne une étude complète de l'inégalité pupillaire dans la tuberculose pulmonaire et en décrit les diverses modalités cliniques ; en 1916, il isole le syndrome de *la pleurite du sommet* dont il considère l'inégalité pupillaire comme un des symptômes essentiels ; en 1917, poursuivant, avec son élève Mlle German, l'étude du syndrome de la pleurite apicale, il remarque que dans l'inégalité pupillaire observée chez les tuberculeux, le myosis succède souvent à la mydriase dans l'évolution de la pleurite du sommet ; regarde la mydriase « comme l'indice « révélateur d'une lésion récente évolutive et le myosis comme le « résultat d'une lésion ancienne ayant engendré la destruction des « filets pupillo-dilatateurs voisins du dôme pleuro-pulmonaire » (Acad. de Méd., 12 avril 1921).

Etant donné que l'inégalité pupillaire peut s'observer dans une foule de maladies générales, certains auteurs, et parmi eux Edward Jackson (v. Index bibliogr.), lui contestent toute valeur diagnostique. D'après Dufour, « lorsqu'on l'observe à l'état isolé, sans « autres signes du côté des yeux ou du système nerveux, et sur-« tout lorsqu'elle est de dimension moyenne, elle n'a qu'une va-« leur très médiocre, elle est de constatation banale ».

Cet auteur a surtout envisagé l'inégalité pupillaire dans ses rapports avec le tabès, la paralysie générale et la syphilis cérébrale, cas dans lesquels, elle est le plus souvent associée à d'autres troubles pupillaires. La fréquence de l'anisocorie dans ces maladies a fait qu'un grand nombre de médecins considèrent que l'inégalité pupillaire est toujours un symptôme syphilitique. C'est une grosse erreur de juger de la sorte ; l'inégalité pupillaire n'a, en tant que symptôme isolé, aucune signification particulière, nous avons vu qu'elle pouvait reconnaître comme cause de multiples affections.

Le 11 mars 1919, dans une communication à l'Académie de Médecine relative à l'inégalité pupillaire, notre maître M. le Dr Sergent disait : « Même lorsqu'elle est simple, c'est-à-dire sans troubles des réflexes d'accommodation, sans irrégularité de la forme de la pupille, on doit lui accorder *a priori*, si le sujet est notoirement syphilitique, une valeur pronostique suspecte et craindre qu'elle ne soit le premier indice d'une atteinte des centres nerveux et le prélude d'un tabes ou d'une paralysie générale. Cependant, si cette interprétation est souvent confirmée dans la suite par l'apparition d'autres symptômes de certitude, elle est loin d'être toujours exacte. En effet, l'inégalité pupillaire simple peut, même chez un syphilitique avéré, être complètement indépendante de toute atteinte des centres nerveux : on peut l'observer comme conséquence d'une pleurite du sommet, liée à l'évolution plus ou moins torpide d'une tuberculose pulmonaire fibreuse, sclérosante. »

Dans cette dernière phrase se trouve clairement défini le sujet de notre thèse.

CHAPITRE I

Définition. — *Pure* ou *simple*, c'est à dire ne s'accompagnant d'aucune altération des réflexes pupillaires, ni de la vision ; ni d'inégalité de diamètre ou d'irrégularité de forme de la pupille, l'anisocorie est un symptôme commun à un grand nombre d'affections.

Conditions dans lesquelles l'inégalité pupillaire permet de suspecter la syphilis

Il est banal de rappeler que dans tous les cas où l'on constate une *inégalité pupillaire* on ne doit pas négliger de rechercher si elle est associée au *Signe d'Argyll Robertson* qui, lui, indique la syphilis s'il ne permet de l'affirmer. Ce signe a une valeur séméiologique considérable, c'est le plus important des troubles des réflexes pupillaires constatés dans la syphilis cérébro spinale. Si on l'a signalé dans quelques affections non syphilitiques ou tout au moins impossibles à rattacher actuellement à la syphilis, il n'en garde pas moins une valeur diagnostique capitale « et l'on « peut dire (Babinski et Charpentier), que lorsqu'il est indépendant « d'une lésion portant sur l'œil ou sur le nerf optique, il constitue « un signe presque pathognomonique de syphilis nerveuse. » (Babonneix). Pour Edward Jackson, le signe d'Argyll ne s'observe que dans la syphilis avec ou sans lésions nerveuses. Cet auteur signalait en 1908 qu'il observait depuis plusieurs années trois personnes présentant le signe d'Argyll, et rien de plus ; malgré le temps écoulé, chez aucunes d'elles on ne pouvait trouver le moindre indice de tabès.

C'est toutefois dans le tabès qu'on le constaterait le plus sou-

vent (70 à 90 0/0 des cas suivant les différents auteurs), « dans
« 25 à 35 0/0 des cas il coexiste de l'inégalité pupillaire. » (De
Lapersonne et Cantonnet).

L'inégalité pupillaire est plus fréquente dans la paralysie générale (50 0/0 des cas environ), le signe d'Argyll Robertson y est constaté dans 47 0/0 des cas. L'inégalité pupillaire se rencontre ensuite dans le tabès (30 0/0 environ), puis vient la syphilis cérébrale (De Lapersonne et Cantonnet).

L'inégalité pupillaire est donc fréquemment associée au signe d'Argyll Robertson, principalement dans le tabès. Souvent se joignent à eux d'autres signes cliniques importants, souvent aussi on constate après ponction rachidienne de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose du liquide céphalo rachidien qui peut donner ainsi que le sérum sanguin une réaction de Bordet-Wassermann positive.

Certains malades présentent en outre de l'inégalité pupillaire, de la paresse pupillaire qui, on le sait, n'est quelquefois qu'un degré incomplet du signe d'Argyll.

Chez d'autres l'inégalité pupillaire s'accompagne de paralysie de l'accommodation sous la dépendance d'une affection du système nerveux qui est le plus souvent la syphilis cérébrale ou le tabès.

Si, en même temps que l'inégalité pupillaire on constate une inégalité de diamètre, une déformation de la pupille, ne relevant d'aucune cause locale, c'est le tabès, la paralysie générale ou la syphilis méningée que l'on incriminera, « Inégales, irrégulières, « déformées (ovales, polygonales, à bord échancré etc..) Parfois « localisées à un segment de l'iris, bilatérales, mais non toujours « symétriques ces déformations précèdent ou accompagnent le « signe d'Argyll-Robertson. Si, antérieurement, le malade n'a pas « eu d'iritis compliquée de synéchies, leur valeur diagnostique « peut-être considérée comme absolue ». (Babonneix). La pupille « du tabétique est « oblique-ovale » (Terson), son bord présente « des encoches et des saillies, « mais celles-ci se font sans coudure « brusque, comme cela s'observe avec les synéchies, restes d'une « iritis ancienne » (Terrien).

Parfois, à la période préataxique du tabès, on observe en outre des troubles pupillaires un ptosis paralytique. Ce ptosis par paralysie du nerf moteur oculaire commun rappelle que ces paralysies

de la III^e paire portent un véritable cachet de spécificité (Fournier), elles sentent la vérole (Ricord). « Une paralysie oculaire, c'est en quelque sorte une signature de la vérole sur l'œil d'un malade » (Ricord). On les observe, en outre du tabès, dans la syphilis nerveuse.

L'inégalité pupillaire peut être due à une mydriase unilatérale qui, en dehors de toute origine médicamenteuse ou glaucomateuse, est *d'origine paralytique*, reconnaît comme cause la *syphilis* héréditaire ou acquise, et s'accompagne ou non de paralysie accommodative. « Une forme de mydriase unilatérale moins connue, malgré sa relative fréquence, est la *mydriase syphilitique* » en dehors du tabès et de la paralysie générale. *La pupille n'obéit à aucun réflexe*, mais se contracte passagèrement sous l'influence des myotiques » (De Lapersonne et Cantonnet).

Nous venons de voir que chez les syphilitiques, *l'inégalité pupillaire* s'accompagne fréquemment *d'altération des réflexes pupillaires*, de *signe d'Argyll Robertson*.

Parfois aussi chez eux, *l'inégalité pupillaire* coexiste avec des *paralysies oculaires*. Ces paralysies portent sur la VI^e paire et plus souvent encore sur la III^e ; elles indiquent la syphilis, comme Ricord et Fournier l'ont exprimé de façon imagée. La paralysie qui porte sur le moteur oculaire commun peut être partielle ou totale. Lorsqu'elle est partielle, seule la musculature interne de l'œil peut être intéressée et l'on a du côté correspondant—la paralysie double de la III^e paire est très rare — mydriase avec paralysie de l'accommodation ; on la désigne parfois sous le nom d'*ophtalmoplégie interne*. Si elle est totale, les muscles extrinsèques sont également atteints et aux signes précédents se joignent le ptosis et l'immobilité presque complète du globe qui est dévié au dehors.

Certains de ces malades conservent une vision normale, alors que d'autres, après avoir accusé ou non des douleurs sus-orbitaires, présentent un affaiblissement progressif de l'acuité visuelle qui va en s'aggravant pour aboutir à l'amaurose (amaurose tabétique) par névrite optique concomitante.

« Mais l'inégalité pupillaire avec altération des réflexes peut « s'observer en dehors de la syphilis : c'est ainsi que la cécité « unilatérale, en raison de la perte de l'impressionnabilité rétinienne, provoque la mydriase et l'abolition des réflexes d'ac-

« commodation ; en pareil cas, la pupille, n'étant point paralysée, « réagira, grâce au réflexe consensuel, à une excitation portée sur « l'œil sain » (E. Sergent).

Nous venons de passer en revue les conditions dans lesquelles l'anisocorie peut être suspectée d'origine syphilitique et retenons que *les inégalités pupillaires qui s'accompagnent d'altération des réflexes pupillaires, d'inégalité de diamètre, d'irrégularité de forme de la pupille, procèdent surtout de la syphilis.*

Il nous reste à étudier *l'inégalité pupillaire pure ou simple, c'est-à-dire ne s'accompagnant d'aucune altération des réflexes, ni de la vision.*

Quelles sont en dehors de toute origine syphilitique, chez un sujet entaché ou non de syphilis, les causes susceptibles d'engendrer l'inégalité pupillaire pure ?

Ces causes sont multiples. Dans un article du *Progrès médical* (11 mai 1912), M. Sergent range sous deux chefs principaux les causes de l'inégalité pupillaire simple :

1° Celles qui touchent l'une des parties constituantes du globe oculaire. Ce sont : l'inégalité pupillaire congénitale, l'inégalité pupillaire provoquée par l'action locale de certaines substances mydriatiques (atropine) ou myotiques (pilocarpine, ésérine), l'inégalité pupillaire liée à une affection oculaire (cataracte, kératite, corps étrangers de la cornée) ;

2° Celles qui atteignent les nerfs moteurs de la pupille, sur une partie quelconque de leur trajet : pour le moteur oculaire commun, les tumeurs de la base du crâne, les méningites, les tumeurs de l'orbite, l'angine phlegmonneuse (H. Vincent) ; pour le sympathique, les affections du cou ou du thorax (anévrismes, tumeurs du médiastin, maladies pleuro-pulmonaires).

Ajoutons que l'on a décrit une anisocorie splénique (Signorelli) par irritation sympathique due à la splénomégalie.

Nous avons cité dans notre introduction la plupart des affections qui entrent dans ce cadre.

Nous avons étudié les inégalités pupillaires de la syphilis, du tabès et de la paralysie générale, qui s'accompagnent le plus souvent d'altérations de réflexes pupillaires, d'inégalité de diamètre et d'irrégularité de forme de la pupille.

D'autre part nous venons de voir que *l'inégalité pupillaire pure*, c'est-à-dire ne s'accompagnant d'aucune altération des réflexes, ni de la vision est susceptible d'être engendrée par des affections multiples.

Ces affections peuvent se rencontrer chez des syphilitiques et il est logique de penser qu'il y a au moins quelques chances pour qu'une inégalité pupillaire présentée par eux reconnaisse comme cause une de ces affections et non toujours la syphilis.

Certes, souvent la syphilis sera cause de cette inégalité qui pourra être interprétée comme « le prélude d'un tabès ou d'une paralysie générale ». Toutefois, cette interprétation est loin d'être toujours exacte ainsi qu'en témoignent des syphilitiques anciens chez lesquels l'inégalité pupillaire pure persiste sans que d'autres symptômes de certitude d'une atteinte des centres nerveux apparaissent. On pourra encore l'observer chez des syphilitiques guéris.

Parmi les nombreuses causes qui, en dehors de la syphilis, sont capables de faire naître l'inégalité pupillaire chez un syphilitique, les affections pleuro-pulmonaires en général et la tuberculose apicale en particulier, occupent une place importante.

CHAPITRE II

L'inégalité pupillaire pure des sujets à la fois syphilitiques et tuberculeux.

« ... l'inégalité pupillaire simple peut, même chez un syphilitique avéré, être complètement indépendante de toute atteinte des centres nerveux : on peut l'observer comme conséquence d'une pleurite du sommet, liée à l'évolution plus ou moins torpide d'une tuberculose pulmonaire fibreuse, sclérosante ». Em. Sergent. — Le plus souvent, en ce cas, des symptômes telle l'adénite sus-claviculaire tel ou tel autre signe du syndrome de la pleurite du sommet, s'associent à l'inégalité pupillaire pure qui est un des symptômes essentiels de ce syndrome. Ces symptômes joints aux raisons que nous avons signalées, qui militent en faveur d'une affection autre que la syphilis comme origine d'une inégalité pupillaire pure, viennent singulièrement renforcer notre hypothèse. Dans le cas envisagé, nous serons autorisés à la considérer comme conséquence de la pleurite apicale. Les constatations nécropsiques confirment fréquemment un diagnostic précisé dans ce sens.

Il n'est pas rare de voir des syphilitiques devenir tuberculeux. Le professeur Landouzy traduisait de façon imagée cette constatation lorsqu'il disait : « la syphilis fait souvent le lit de la tuberculose ». Le Dr Sergent aime à formuler : « la syphilis prépare le terrain pour la graine de la tuberculose ».

L'inégalité pupillaire pure reconnaissant comme cause une pleurite du sommet d'origine tuberculeuse chez un syphilitique avéré, n'est pas faite pour nous surprendre si nous avons présente à l'esprit la notion aujourd'hui classique de la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques.

La pleurite du sommet.

Nous venons de voir que *l'inégalité pupillaire pure* des syphilitiques, pouvait être complètement indépendante de toute atteinte des centres nerveux et être la conséquence d'une pleurite du sommet. Chez eux, la pleurite apicale traduit le plus souvent la *sclérose des sommets*. La compréhension du symptôme pupillaire, son interprétation pathogénique, nécessitent que nous rappelions ce qu'il faut entendre par pleurite du sommet. Nous en trouvons une définition dans la très intéressante thèse que Mlle German, élève du Dr Sergent, a consacrée à la question.

« Sous le nom de pleurite des sommets nous désignons toute « réaction inflammatoire légère de la plèvre apicale ne s'accompagnant pas d'épanchement, caractérisée anatomiquement par le « dépoli et l'épaississement de la séreuse pouvant aller jusqu'à la symphyse ».

Cliniquement, lorsqu'il se rencontre au complet, le syndrome pleural est constitué par les principaux signes suivant :

1° La diminution ou l'abolition des vibrations vocales à la palpation ;

2° La submatité ou la matité ;

3° L'abolition du murmure vésiculaire ou son affaiblissement, s'accompagnant parfois de respiration saccadée ;

4° Les frottements ;

5° Les modifications de transparence des sommets aux rayons X ;

6° L'inégalité pupillaire ;

7° L'adénite sus-claviculaire ;

8° La scapulalgie.

Certains de ces symptômes subissent des variations ou prédominent suivant le stade auquel on les étudie.

Tout au début de la pleurite, alors qu'existe seulement une très légère irritation pleurale, les principales manifestations perçues sont des *frottements* et une *dilatation minime de la pupille homologue* (E. Sergent).

Ainsi que Mlle German le note dans sa thèse, il n'est pas fréquent de trouver tous les signes du syndrome pleural réunis chez le

même malade, le syndrome schématiquement pur ne se réalise que rarement ; néanmoins le groupement de quelques-uns d'entre eux suffit le plus souvent à étayer le diagnostic.

Parmi les signes qui caractérisent essentiellement le syndrome de la pleurite apicale, qui en constituent la triade symptomatique, à savoir : l'inégalité pupillaire, l'adénite ou la lymphangite nodulaire sus-claviculaire, les frottements ou rugosités pleurales ; nous relierons particulièrement *l'adénite sus-claviculaire* que l'on rencontre chez le plus grand nombre des sujets que nous avons en vue dans cette étude et *l'inégalité pupillaire pure* qui chez quelques-uns accompagne l'adénite.

Avant d'envisager successivement ces deux signes faciles à rechercher et qui méritent d'attirer sur eux l'attention du clinicien, rappelons que le syndrome de la pleurite apicale peut, ainsi que M. Sergent l'a souligné, s'observer avec des caractères identiques dans les causes les plus variables de la réaction pleurale inflammatoire. On a constaté fort souvent ce syndrome chez les blessés du thorax, il est alors l'expression d'un pleurite traumatique du sommet, séquelle lointaine reconnaissant souvent comme cause la cicatrice d'une blessure du poumon créée par le passage d'un projectile, souvent aussi un corps étranger intra-pulmonaire capable de déterminer, au même titre qu'un nodule tuberculeux des réactions de la séreuse.

Aussi, le syndrome de la pleurite du sommet est-il avant tout un syndrome de localisation.

Toutefois, il faut remarquer, que si ce syndrome n'a pas une valeur étiologique absolue, c'est dans la tuberculose qu'on le rencontre le plus souvent, « les pleurites traumatiques sont des exceptions, les pleurites inflammatoires non tuberculeuses rares, eu égard au nombre considérable de cas où le bacille de Koch est « l'agent causal » (Mlle German).

Nous avons signalé les auteurs qui dans ces dernières années ont étudié la valeur sémiologique de l'inégalité pupillaire dans les affections pleuro-pulmonaires, notamment ceux de Chauffard et Lœderich dans la pleurésie, ceux de Pernot dans la pneumonie, pour ne parler que de ces deux affections.

L'inégalité pupillaire que l'on observe dans la tuberculose du sommet nous intéresse particulièrement parce qu'il n'est pas très

rare, avons-nous vu, de la rencontrer chez les syphilitiques. L'inégalité pupillaire de la tuberculose du sommet a été observée par Souques en 1902 chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire chronique, elle était caractérisée par du myosis, du côté malade, associé à une diminution de la fente palpébrale et à une réaction du globe oculaire : il s'agissait, en un mot, de myosis pathologique associé au syndrome oculo-palpébral de Claude Bernard.

Dehérain, en 1904, observe vingt six fois l'inégalité pupillaire sur 120 malades atteints de tuberculose pulmonaire, le plus souvent à la période d'infiltration. Dans presque tous les cas, c'est une mydriase correspondant au côté malade qui est relevée, rarement un myosis. Il a constaté des cas d'inégalité pupillaire alternante.

Fodor en 1910 signale aussi l'inégalité pupillaire simple par mydriase du côté correspondant au poumon atteint.

Sergent en 1912 étudie l'inégalité pupillaire dans la tuberculose pulmonaire et lui reconnaît les modalités cliniques suivantes :

1° L'inégalité pupillaire simple par dilatation ou rétrécissement d'une pupille sans troubles vaso-moteurs de la pommette ni de l'oreille, ni aucun autre symptôme associé ;

2° L'inégalité pupillaire caractérisée par le myosis de la pupille homologue au côté malade, associée à une diminution de la fente palpébrale et à une rétraction du globe oculaire qui apparaît en même temps plus petit. Nous venons de voir que M. Souques avait attiré en 1902 l'attention sur ce myosis pathologique associé au syndrome oculo-palpébral de Claude Bernard ;

3° L'inégalité pupillaire par myosis pathologique associée au même syndrome oculo-palpébral et en même temps à des troubles vaso-moteurs portant sur la pommette et sur l'oreille du même côté.

A ces trois variétés, M. Sergent en ajoute une nouvelle que l'on rencontrerait surtout chez des sujets atteints d'affection pleuro-pulmonaires chroniques, particulièrement dans la tuberculose torpide avec réactions pleurales et médiastinales ; c'est,

4° L'inégalité pupillaire par mydriase associée à des troubles vaso-moteurs, mais sans syndrome oculo-palpébral.

D'après Fodor (1910), l'inégalité pupillaire par simple mydriase, sans troubles oculo-palpébraux ni vaso-moteurs serait le type le

plus fréquemment observé, il estime qu'il existe dans le plus grand nombre des cas, qu'il est précoce et que s'il a échappé à l'attention des cliniciens, c'est que sa constatation nécessite une technique rigoureuse.

Mlle German (thèse de Paris 1917) n'a relevé que des inégalités pupillaires sans troubles oculaires, ni vaso-moteurs associés sur 400 malades examinés.

Parmi les nombreux malades atteints de tuberculose du sommet qu'il nous a été donné de voir dans le service de notre maître M. le Dr Sergent, c'est cette même variété clinique que nous avons jusqu'ici, — à part quelques cas d'inégalité pupillaire accompagnés de rougeur de la pommette — presque toujours rencontrée et c'est d'elle seule que nous nous occuperons.

Lorsqu'on la constate, il est fort difficile de dire quelle est la pupille anormale, dilatée ou rétrécie. Un examen complet et attentif des poumons peut permettre de porter un diagnostic si la lésion est unilatérale. Le problème est insoluble si les deux sommets sont atteints.

Notions anatomo-physiologiques. — Les mouvements d'ampliation et de retrait de la pupille sont soumis à l'influence des nerfs moteurs de fibres radiées (irido-dilatatrices) et de fibres sphinctériennes (irido-constrictives).

On sait que les filets irido-constricteurs viennent des origines du nerf moteur oculaire commun, ce nerf les conduit par une branche spéciale au ganglion ophtalmique d'où elles gagnent l'appareil irien par les nerfs ciliaires.

Les filets irido-dilatateurs viennent en partie de la moelle, en partie du bulbe.

Le *système irido-dilatateur inférieur ou médullaire* provient de la partie cervico-dorsale de la moelle : c'est là que Budge et Waller ont déterminé le siège du *centre cilio-spinal* qui a les mêmes limites que le centre accélérateur cardiaque.

Oppenheim a pu exciter la première racine dorsale chez un homme auquel on avait trépané le rachis et il a obtenu la dilatation pupillaire maxima. L'excitation de la seconde racine dorsale ne lui a rien donné.

Quoiqu'il en soit, les fibres irido-dilatatrices d'origine médullaire gagnent le ganglion cervical inférieur et de là remontent à

travers le cordon cervical du sympathique en passant presque toutes par la branche antérieure de l'anse sous-clavière de Vieussens, ainsi que l'a démontré Fr. Franck.

Au delà du ganglion cervical supérieur, les fibres destinées à l'iris suivent le rameau anastomotique qui relie ce ganglion au ganglion de Gasser, traversent ce ganglion, suivent la branche ophtalmique et parviennent enfin aux nerfs ciliaires.

Le système irido-dilatateur supérieur ou bulbaire existe comme le démontre la persistance pupillaire réflexe chez les animaux dont on irrite un nerf sensible, après ablation du ganglion cervical supérieur, c'est-à-dire après suppression des influences médullaires cervico-dorsales. Ces filets irido-dilatateurs bulbaires sont contenus dans le tronc du trijumeau.

Il est, de plus, très vraisemblable que le bulbe constitue le point de départ principal, le véritable centre des fibres irido-dilatatrices. Le rôle de la moelle ne serait que secondaire, subordonné ; le bulbe serait le centre irido-dilatateur réel, d'où émanent les filets iriens qui s'engagent dans le trijumeau, celui qui commande par des trajets intercentraux aux influences émanant plus bas de la moelle cervico-dorsale.

Le trajet des filets irido-dilatateurs a été déterminé, de la moelle à l'iris, par des expériences de sections et d'excitations. Claude Bernard a le premier observé les effets de ces expériences que de nombreux physiologistes ont répétées non seulement sur le sympathique, mais encore sur le moteur oculaire commun. Toujours les résultats obtenus ont été les mêmes : la pupille qui se rétrécit par excitation de la III^e paire ou par la section du sympathique s'agrandit au contraire par excitation du sympathique ou par la section du moteur oculaire commun. Myosis ou mydriase ; voilà les résultats produits par un spasme, soit par une paralysie de l'un de ces deux nerfs.

Si l'on croit que l'iris est pourvu d'un seul muscle réellement actif, le sphincter pupillaire (Retterer, Chauveau), on peut penser que le sympathique cervical produit une action inhibitoire sur ce sphincter : la dilatation pupillaire résulterait de l'action du tissu élastique, entraînant excentriquement le bord pupillaire dépourvu de toute résistance active.

Contrairement à l'objection de Chauveau, François Franck a

prouvé par de savantes expériences que le sympathique intervient dans les mouvements de la pupille « par une action directe, musculaire, et non indirecte, vaso-motrice ».

La physiologie oblige à admettre l'existence de la force dilatrice active du dilatateur radié.

Mécanisme pathogénique de l'inégalité pupillaire pure dans la pleurite du sommet

« Les réactions inflammatoires de la plèvre apicale, chez les « tuberculeux accompagnent, en règle générale, sinon toujours, « les lésions parenchymateuses du sommet. Nous disons qu'elles « ne les accompagnent pas toujours, car elles ne sont parfois que « l'extension au sommet d'une inflammation totale de la séreuse; « tel est le cas dans la pleurésie séro-fibrineuse aiguë, dans « laquelle la localisation pulmonaire n'est pas fatalement apicale. D'autre part, la pleurite apicale, bien souvent est la manifestation prédominante, la lésion parenchymateuse se trouvant « réduite à une détermination très légère qui la place au second « plan. » (E. Sergent et Mlle German, *Annales de Médecine*, mars-avril 1917).

On sait que la pleurite apicale se caractérise anatomiquement par le dépoli et l'épaississement de la séreuse pouvant aller jusqu'à la symphyse. Tous les degrés sont possibles, depuis ce simple dépoli jusqu'à certains cas où la pleurite « suffisamment « étendue, coiffe souvent le sommet à la façon d'un casque et « pourrait mériter la dénomination de symphyse pleurale en « dôme » (E. Sergent, *Presse médicale*, 24 août 1916).

Chez les syphilitiques cette pleurite du sommet est liée, le plus souvent, à l'évolution plus ou moins torpide d'une tuberculose pulmonaire fibreuse, sclérosante. Les travaux de Landouzy, ceux du Dr Sergent, ont bien montré que la tuberculose de ces sujets en particulier celle qui se développe chez les *vieux syphilitiques*, se caractérise par sa tendance à évoluer sur le type de la tuberculose fibreuse, de la *sclérose des sommets* et « s'accompagne dans la « majorité des cas de réactions pleurales de même nature et de « même tendance » (E. Sergent, *Acad. de Méd.*, 11 mars 1919).

Etant donné cette tendance évolutive de la tuberculose des syphilitiques, chez eux l'inégalité pupillaire pure, l'adénite sus-claviculaire, ou les autres signes qui peuvent s'associer à elles pour traire la pleurite du sommet sont particulièrement symptomatiques, si l'on ose dire, de sclérose apicale pleuro-pulmonaire.

Ces lésions du dôme pleuro-pulmonaire lorsqu'elles sont limitées à la partie de ce dôme qui se trouve en contact presque immédiat avec la région ou les filets pupillo-dilatateurs du sympathique sortent de l'extrémité supérieure de la moelle dorsale et passent surtout, sinon exclusivement, par les *rami communicantes* du premier nerf dorsal pour se rendre au premier ganglion thoracique et de là au troisième ganglion cervical inférieur du sympathique, peuvent, selon leur degré d'évolution ou par l'intermédiaire des réactions ganglionnaires qu'elles provoquent, déterminer une excitation ou une paralysie des nerfs pupillo dilatateurs.

Nous avons vu plus haut que *tout au début de la pleurite*, alors qu'existe seulement une très légère irritation pleurale, les principales manifestations perçues sont des *frottements* et une *dilatation minime de la pupille homologue* ainsi que le Dr Sergent l'a signalé.

La pupille en mydriase peut varier de largeur d'un jour à l'autre. Cette dilatation pupillaire unilatérale s'accompagne de frottements et persiste souvent après leur disparition. Ces frottements, légers, superficiels, s'entendent à la partie interne de la fosse sus-épineuse (zone d'alarme Sergent-Chauvet), du côté correspondant à la pupille dilatée.

Au *stade cicatriciel*, période ultime de la pleurite « le sommet « est alors coiffé d'épais feuillets pleuraux, adhérent entre eux, « adhérent parfois aussi au tissu cellulaire sus-pleural; le tout « forme une coque épaisse recouvrant le dôme pleural qu'elle « enserre.... La pupille reste dilatée; parfois, cependant, dans les « vieilles symphyses, le myosis remplace la mydriase et s'accompagne de vaso-dilatation des capillaires de la pommette, voire « même de diminution de la fente palpébrale et de rétraction du « globe oculaire (syndrome de Mme Déjerine) ». (E. Sergent et Mlle German.)

Si la lésion détruit simplement les filets pupillo dilatateurs, elle détermine *le myosis*, myosis alors définitif (obs. de Souques).

Il peut être donné d'observer chez un sujet ayant une tuberculose du sommet en évolution, la pupille correspondant au poumon atteint passer de la mydriase du début au myosis du stade cicatriciel (obs. de Dehérain).

Les explications que nous venons d'envisager sont celles de la *théorie anatomique*.

Toutefois, il est des cas où l'on observe de l'inégalité pupillaire alors que l'on ne trouve aucune lésion de la zone très limitée que nous avons indiquée. Quelles autres causes, dans ces conditions, peuvent tenir sous leur dépendance l'inégalité pupillaire observée ?

Théorie réflexe de Chauffard et Lœderich. — Chauffard et Lœderich ont étudié en 1905 l'inégalité pupillaire dans les pleurésies avec épanchements. Ils en ont noté la fréquence et remarqué que la pupille la plus large correspond presque toujours au côté de l'épanchement. Très variable d'un jour à l'autre, cette inégalité cesse définitivement quand la résorption du liquide est complète.

Recherchant la cause du phénomène pupillaire, MM. Chauffard et Lœderich invoquent contre l'action mécanique de l'épanchement l'action nulle de la thoracentèse et l'absence d'inégalité dans des cas de grand épanchement; ils opposent à la vraisemblance d'une compression nerveuse ganglionnaire les variations possibles d'un jour à l'autre du symptôme. S'appuyant sur ce que l'inégalité pupillaire des pleurétiques disparaît avec un éclairage vif, intense, ou une convergence extrême, les pupilles se contractant alors et redevenant égales, ils attribuent l'inégalité à une sorte de *paresse réflexe* d'un des iris, « qui empêche la contraction de se produire pour une excitation lumineuse faible ou pour un effort d'accommodation modéré, et ne cède que sous l'action d'une provocation presque brutale. La contraction pupillaire n'est donc pas *abolie*, elle n'est que *paressieuse*.

La loi de Schiff expliquerait la pathogénie du symptôme : *toute excitation sensitive périphérique provoque la dilatation irienne*.

La première loi de Pflüger, *loi de l'unilatéralité* des réflexes, expliquerait la dilatation pupillaire unilatérale.

Théorie toxi infectieuse de Massalongo. — D'après cet auteur, l'inégalité pupillaire reconnaîtrait pour cause une sorte d'inhibition des centres bulbaires des mouvements de la pupille par un poison mydriatique. Aussi ne l'observe-t-on dans les affections

pleuro-pulmonaires que lorsqu'elles présentent une activité intense, lorsqu'elles sont particulièrement toxiques. La variabilité du symptôme — la pupille la plus dilatée aujourd'hui sera demain la plus rétrécie — viendrait aussi à l'appui de cette théorie. On l'observe enfin dans des maladies ayant un caractère de haute toxicité et en dehors de toute localisation pulmonaire (scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde).

Les trois théories contiennent une part de vérité et il est impossible de prétendre rapporter toutes les inégalités pupillaires des affections pleuro-pulmonaires à la même cause.

Remarquons que dans les maladies aiguës les inégalités pupillaires sont passagères, transitoires. Dans les maladies chroniques, dans la tuberculose du sommet en particulier, l'inégalité pupillaire peut tout au début varier d'intensité d'un jour à l'autre, disparaître même avec la légère réaction pleurale qu'elle traduisait, mais ce n'est que pour reparaitre quelques semaines après à l'occasion d'une nouvelle poussée de pleurite. La tuberculose continuant à évoluer, l'inégalité pupillaire en dépit de ses éclipses entre les poussées de pleurite, n'en prend pas moins un caractère durable par ses réapparitions. Enfin, à la dernière phase d'évolution de la pleurite, phase de symphyse, alors que les frottements ont disparu, la mydriase persiste ou est remplacée par le myosis. Nous avons vu que ce myosis pouvait s'accompagner de vaso-dilatation des capillaires de la pommette, voire même du syndrome oculo-palpébral.

Nous cantonnant au domaine du syndrome de la pleurite apicale, nous considérons avec notre maître M. le Dr Sergent, la mydriase comme l'indice révélateur d'une lésion récente, évolutive, et le myosis comme le résultat d'une lésion ancienne le plus souvent cicatricielle, ayant engendrée la destruction des filets pupillo-dilatateurs voisins du dôme pleuro-pulmonaire.

Recherche de l'inégalité pupillaire

Bien entendu il ne s'agit pas ici de l'inégalité pupillaire due à une cause locale (lésion de l'œil, vice de réfraction des milieux de l'œil...).

En recherchant l'inégalité pupillaire, on se souviendra que la pupille de l'homme n'est pas toujours située au centre de l'iris ; elle est souvent décentrée un peu en dedans. D'ordinaire arrondie, la pupille est parfois légèrement allongée dans un sens ou dans l'autre (Magitot). L'inégalité pupillaire peut être congénitale. On a signalé une inégalité pupillaire physiologique (1 0/0 des cas environ, Frenkel).

La technique de la recherche de l'inégalité pupillaire ne sera jamais trop rigoureuse.

On examinera les pupilles du malade dans une pièce peu éclairée où il aura séjourné au moins quelques minutes pour avoir eu le temps de s'accommoder. Un éclairage égal des deux yeux est essentiel ; on sait que chez un sujet sain les pupilles inégalement éclairées présentent des dimensions différentes de leur diamètre. Pour réaliser la condition requise le malade sera placé face à la lumière d'une fenêtre. On l'invitera à regarder bien droit devant lui, et non obliquement, à une distance convenable pour que l'accommodation maintienne les pupilles en état de moyenne dilatation.

Ainsi que Ledroit le signale dans sa thèse (thèse de Paris, 1905) : « il est utile aussi quelquefois de recourir à un éclairage intense, « tel que celui d'une lampe électrique à réflecteur. En effet l'asymétrie des pupilles ayant pour cause la paralysie ou la parésie « unilatérale du nerf moteur oculaire commun, ainsi que celle causée par un spasme du sympathique peut passer inaperçue à un « examen fait à un éclairage modéré. »

Inégalité pupillaire pure et syphilis pulmonaire

L'inégalité pupillaire pure chez les syphilitiques peut être complètement indépendante de toute atteinte des centres nerveux et être, nous venons de le voir, la conséquence d'une pleurite du sommet liée à l'évolution d'une tuberculose pulmonaire.

Cette inégalité pupillaire pure ne peut elle pas, en dehors d'une atteinte des centres nerveux par la syphilis être néanmoins causée directement par la syphilis, ne peut-elle pas reconnaître comme cause une localisation pulmonaire de la syphilis ?

Si la localisation de la syphilis sur la plèvre est une chose

exceptionnelle, extrêmement rare, il n'en va pas de même en ce qui concerne sa localisation sur le poumon

La tuberculose et la syphilis pulmonaire (*phtisie vérolique* d'As-truc) affectent de très grandes ressemblances « Chez un syphilitique, la tuberculose pulmonaire doit être *distinguée* de la « syphilis du poumon. Ce diagnostic est même assez difficile en « pratique courante, car la syphilis, évoluant dans le poumon, « prend presque toujours le masque d'une tuberculose aiguë ou « chronique et ne se révèle par aucun signe spécifique. Il existe « une série de présomptions en faveur de la syphilis, les unes « tirées des examens de laboratoire, comme l'absence de bacilles « dans l'expectoration et l'absence de réaction à l'injection de « tuberculine, les autres révélées par l'examen clinique, telles la « présence maxima des lésions dans la zone moyenne et dans le « lobe moyen du poumon droit, l'évolution lente des lésions et « surtout la coexistence d'une autre lésion syphilitique, comme « une gomme, un syphilome tuberculo-ulcéreux sur une partie « quelconque du corps ». Rénon (*l'évolution de la tuberculose « pulmonaire chez les syphilitiques* in *Conférences pratiques sur « les maladies du cœur et du poumon*).

Il est important de retenir cette localisation de la syphilis pulmonaire. « La syphilis pulmonaire, est loin d'affecter une localisation constante ; si elle avait une prédilection marquée, ce « serait plutôt pour les parties moyennes du poumon, et particulièrement du poumon droit. » Sergent (in *Syphilis et tuberculose*).

Est-ce à dire que l'on aurait bien peu de chance d'avoir jamais à attribuer à une lésion syphilitique du poumon le syndrome de la pleurite apicale — qui est avant tout, avons-nous vu, un syndrome de localisation — et l'inégalité pupillaire pure qui en est un des symptômes majeurs ? Si la tuberculose qui ne se localise que tout à fait exceptionnellement en dehors des sommets semble rester la grande cause provocatrice du phénomène pupillaire, rien dans les passages de M. Rénon et de M. Sergent que nous venons de citer, ne nous permet d'affirmer que la syphilis pulmonaire ne peut se rencontrer aux sommets.

Dalsace s'est demandé dans sa thèse (Paris, 1920) si la localisation au sommet de la syphilis pulmonaire, est aussi exception-

nelle que le veulent les classiques. On a signalé dans ces dernières années des lésions syphilitiques localisées au sommet.

Dalsace remarque que « les auteurs qui ont plus récemment « étudié la syphilis pulmonaire attachent une importance beaucoup « moins absolue à la localisation des lésions. C'est ainsi que pour « Sergent (37) « la syphilis peut frapper toutes les parties du pou- « mon, aussi bien les sommets que la base et la partie moyenne ».

Si l'inégalité pupillaire pure constatée chez un sujet résulte d'une lésion apicale de nature syphilitique, certes la syphilis sera cause de cette inégalité. En ce cas l'anisocorie n'en reste pas moins sous la dépendance d'une lésion pulmonaire, quelle que soit sa nature, et n'a aucune relation avec une lésion évolutive des centres nerveux (tabès ou paralysie générale).

L'adénite sus-claviculaire symptomatique de la pleurite du sommet ou de la sclérose apicale pleuro-pulmonaire chez les syphilitiques.

Nous rappellerons que l'histoire de l'adénite sus-claviculaire remonte à l'année 1886, époque à laquelle M. Troisier signala pour la première fois une adénite sus-claviculaire gauche chez les malades atteints de cancer de l'estomac.

Il étendit dans les années suivantes ce signe à tous les cancers viscéraux.

M. Comby a recherché, sans la découvrir, cette adénite chez les tuberculeux.

En 1900, M. Marfan rencontre chez un enfant atteint de tuberculose pulmonaire une adénopathie sus-claviculaire, sous-claviculaire et axillaire.

Grancher avait, en 1887, attiré l'attention sur la coexistence de la tuberculose pleuro pulmonaire et d'une adénopathie tuberculeuse axillaire du côté correspondant.

Couvreux, Souligoux, J. Renault et Léon Bernard ont observé des faits analogues.

M. Sergent a signalé que l'adénite sus-claviculaire n'est pas particulière aux tuberculeux, on peut la rencontrer dans le cours d'affections pulmonaires aiguës ou chroniques prédominant au sommet.

« La tuberculose des syphilitiques se montre fort souvent sous le type de la sclérose des sommets et s'accompagne, dans la majorité des cas, de réactions pleurales, de même nature et de même tendance. Chez le plus grand nombre de ces sujets on constate l'*adénite sus-claviculaire* symptomatique de la pleurite apicale ou de la sclérose apicale pleuro-pulmonaire; chez quelques-uns on constate en même temps, l'*inégalité pupillaire simple* » (E. Sergent. Acad. de Méd., 11 mai 1919). Nous avons déjà signalé ces faits un peu plus haut.

Nous n'avons pas à insister sur les autres signes qui appartiennent à l'étude de la pleurite du sommet et dont l'*adénite sus-claviculaire* fait partie comme un des symptômes essentiels.

Nous nous bornerons à rappeler que les ganglions qui correspondent au ganglion de Troisier, répondent en avant à l'angle du bord interne du chef claviculaire du sterno-cléïdo-mastoïdien et de la clavicule alors que l'*adénite* que nous avons en vue correspond à un ganglion que l'on doit rechercher immédiatement derrière la clavicule contre le bord externe du sterno-cléïdo-mastoïdien (v. Sergent, *Presse médicale* du 24 août 1916).

Cette *adénite sus-claviculaire* se présente, dit M. Sergent, sous la forme d'un ganglion allongé, à grand diamètre à peu près parallèle à la clavicule, dont le volume varie d'un petit haricot à une grosse fève et même davantage, et dont la consistance est tantôt celle d'un petit noyau dur et fibreux, voire même d'un grain de plomb, tantôt celle d'une pâte plus ou moins molle; le volume et la consistance suivent une évolution parallèle: les gros ganglions sont mous; les petits ganglions sont durs. Parfois, on ne trouve pas de ganglions, mais un petit *troncule*, qui suit le bord postérieur de la clavicule, présentant, de place en place, de petits points nodulaires qui permettent de le comparer à un bout de ficelle sur lequel on aurait fait des nœuds (*lymphangite nodulaire sus-claviculaire*) (*Presse médicale*, 24 août 1916).

L'*adénite sus-claviculaire* serait, d'après M. Sergent, plutôt un signe de réaction pleurale, de pleurite du sommet, que d'infiltration parenchymateuse.

Rappelons que l'on peut constater des ganglions sus-claviculaires syphilitiques, que l'on peut encore avoir affaire en ces ganglions à des lésions *mixtes, hybrides*, « ou syphilis et scrofule

peuvent l'une et l'autre revendiquer leur part » suivant l'expression de Fournier.

Il convient de citer tout un passage du chapitre de Bazin sur le diagnostic des écouelles : « Il y a des cas fort embarrassants, où « le praticien le plus expérimenté hésite et n'ose se prononcer sur « le véritable caractère du mal. En pareille circonstance, il est « indiqué de donner, à titre d'essai, les préparations mercurielles, « et de préférence le sirop de biiodure de mercure. Si ce traite-
« ment amène promptement la désagrégation de la masse gan-
« glionnaire et une fonte rapide de l'engorgement cellulaire péri-
« phérique, nul doute, c'est que le mal est de nature spécifique ».

Si en même temps qu'un ganglion sus-claviculaire l'examen de notre malade révèle des ganglions généralisés, il y a bien des chances qu'il s'agisse d'adénites syphilitiques.

Il peut s'agir encore, nous le disions il y a un instant, de lésions *mixtes, hybrides*, « où syphilis et scrofule peuvent l'une et l'autre « revendiquer leur part; aussi, de vieille date, les a-t-on qualifiées « de dénominations diverses toutes en harmonie avec cette « croyance; adénopathies *strumoïdes* de la syphilis, adénopathies « *syphilo-strumeuses, syphilo-scrofule ganglionnaire*, etc... Ricord « en faisait un type de son fameux *scrofulate de vérole*. » Fournier.

Il y a souvent confusion dans la répartition topographique des lésions syphilitiques et des lésions de la scrofule ce qui augmente la difficulté du diagnostic.

CHAPITRE III

Aspect clinique de la tuberculose dans les cas que nous venons d'étudier

Nous avons envisagé les raisons qui, dans certains cas, peuvent incliner à attribuer à une affection autre que la syphilis une *inégalité pupillaire pure* observée chez un syphilitique avéré.

Nous avons vu dans quelles conditions, et avec quels symptômes associés (principalement l'adénite sus-claviculaire), elle pouvait chez un tel sujet être considérée comme relevant d'une affection pleuro-pulmonaire et notamment d'une tuberculose du sommet.

Nous avons signalé qu'on l'observait alors « comme conséquence « d'une pleurite du sommet, liée à l'évolution plus ou moins torpide d'une tuberculose pulmonaire fibreuse, sclérosante ». Nous avons signalé également que cette tendance évolutive toute particulière caractérise surtout la tuberculose qui se développe chez les *vieux syphilitiques* où elle se montre fort souvent sous le type de la *sclérose des sommets* et s'accompagne, dans la majorité des cas, de *réactions pleurales, de même nature et de même tendance*. E. Sergent (Acad. de Méd., 11 mars 1919). Ces malades revêtent l'aspect du tuberculeux *fibreux*, aspect qui doit, ainsi que l'évolution spéciale de leur tuberculose, attirer l'attention.

Sans entreprendre l'étude des rapports de la tuberculose et de la syphilis, nous remarquerons que ces vieux syphilitiques devenus en plus des tuberculeux, sont parmi les malades qui nous mettent en garde contre l'opinion trop absolue des classiques qui voyaient toujours comme des plus redoutables l'association de la syphilis et de la tuberculose et lui donnaient une signification fatale. Landouzy a montré que chez les anciens syphilitisés la tuberculose s'af-

firme du point de vue anatomo-pathologique plutôt fibreuse :
« les anciens syphilitiques, les diathésiques de par la syphilis,
« comme disaient nos pères, ont incontestablement des manières
« de réagir vis à-vis de la tuberculose en train de faire un peu
« partout et à propos de tout du processus de sclérose, *ils répon-*
« *dent d'ordinaire à la tuberculose en sclérogénisants qu'ils sont* » ;
suivant une autre de ses expressions : ils font « du sclérolate de
tuberculose ».

Ce mode de réaction des syphilitiques envers la tubercule est
l'exagération sur un *terrain* spécial d'un phénomène observé chez
les autres tuberculeux. Que se passe-t-il chez les tuberculeux non
entachés de syphilis ?

M. le professeur Letulle, dit dans son livre *La Tuberculose
pleuro-pulmonaire*.

« *Les moyens de défense mis au service du poumon* sont d'ordre
« à peu près exclusivement mécanique, autrement dit histo-patho-
« logique, la tuberculose partageant avec quelques autres maladies
« infectieuses, comme la Lèpre, la Syphilis et l'Actinomyose, pour
« ne citer que les plus communes, le terrible privilège de ne point
« conférer l'immunité à l'organisme qu'elle a frappé une première
« fois. Nos humeurs n'élaborant pas d'antitoxines bacillaires, ou,
« pour mieux dire, n'en pouvant produire qu'une insuffisante pro-
« portion, le corps humain, touché par la Bacillose, ne lui devient
« point réfractaire. Tout au contraire, si l'on s'en rapporte à
« maintes observations, il semble même « sensibilisé » parfois à
« l'extrême par une première atteinte. *Localement*, les lésions
« matérielles dues aux bacilles tuberculeux permettent de suivre
« les efforts déployés par l'organisme en vue de défendre le pou-
« mon et, du même coup, l'ensemble des tissus et des organes com-
« posant la machine humaine. » Nous notons les passages suivants
du chapitre VI sur les *Séquelles de la tuberculose pleuro-pulmo-*
naire :

« Si minime qu'ait été l'attaque et si victorieuse la défense, une
« lésion matérielle en doit résulter, avec une *cicatrice* indélébile...

« ... Contre le bacille, l'appareil pleuro-pulmonaire ne parvient
« donc à se défendre qu'au prix de *lésions cicatricielles* plus ou
« moins profondes. Ces cicatrices se manifestent, en premier lieu,
« par la formation d'un tissu conjonctif rapidement scléreux...

« ... Tout foyer tuberculeux constitué, serait-il réduit à un unique follicule primitif giganti-cellulaire, met en branle les réactions inflammatoires de la gangue interstitielle qui l'entoure : lobules pulmonaires, bronches, vaisseaux, plèvre, aucun des organes ne peut, en pareil cas, échapper à ce molimen de défense.

« Par conséquent, la néo-genèse d'un tissu connectif rapidement sclérosé est la base de toute néoplasie tuberculeuse. »

Nous venons de dire : le mode de réaction des syphilitiques envers la tuberculose est l'exagération sur un *terrain* spécial d'un phénomène observé chez les autres individus. L'anatomie pathologique montre chez eux comme cicatrice indélébile « les trainées diffusantes de la « sclérose syphilitique du poumon, lésion mutilante au premier chef » (Letulle).

L'image radiographique des poumons de ces vieux syphilitiques, tuberculeux scléreux, présente un aspect caractéristique avec ses sommets petits et pointus. On trouvera une description radioscopique dans l'une de nos observations (obs. VI).

De ce que la tuberculose évolue vers la fibrose sur le terrain syphilitique, M. Sergent a l'habitude d'enseigner que la constatation d'une tuberculose fibreuse doit inviter le médecin à rechercher la syphilis dans les antécédents du malade.

La tuberculose fibreuse des vieux syphilitiques se présente fréquemment sous le masque de l'emphysème et de la bronchite chronique, ou encore, simule l'asthme. « L'examen de la poitrine révèle « les signes physiques de l'emphysème, des symphyses pleurales « partielles, de la bronchite, de la dilatation des bronches ; parfois « vous trouverez des signes de dilatations bronchiques, de caverne, « à la base ou à la partie moyenne du poumon ; presque toujours il « y aura prédominance aux sommets. La dyspnée aura le type emphysémateux ; l'expectoration sera abondante, muco-purulente, nummulaire, sanguinolente ; les hémoptysies ne seront pas rares. La « fièvre sera peu élevée ou nulle ; mais, de temps en temps, vous « assisterez à de petites poussées » (E. Sergent *Progrès médical*, 26 avril 1913).

Le bacillaire *scléreux* est maigre ; l'aspect sec, rabougri, ratatiné qu'il présente avec ses joues creuses, son thorax étroit... donne l'impression d'un recroquevillement général de sa personne. On note souvent chez lui des stigmates de syphilis, principalement des

plaques de *leucoplasies buccale, linguale ou commissurale*; de l'*aortite*. Quelquefois, la syphilis n'est révélée que par une réaction de Bordet-Wassermann positive

Potain, Landouzy et son élève Jacquinet, Barthélemy, Sergent, ont étudié les caractères évolutifs de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques.

L'évolution vers la sclérose et non vers la caséification de la tuberculose des vieux syphilitiques, nous explique sa tendance à prendre des allures particulièrement torpides et bénignes.

Un élève du professeur Landouzy, Jacquinet a insisté dans sa thèse (Paris 1893) sur cette évolution particulièrement *lente, apyrétique, non diffusante* de la tuberculose survenant chez des sujets atteints de syphilis ancienne.

Cette évolution se caractérise par un état général habituellement bon, par la longue durée de l'affection qui s'accompagne de peu de signes pulmonaires et de peu ou pas de fièvre.

Les travaux du professeur Marfan nous ont montré que d'une manière générale, la tuberculose est une maladie à pression basse. Les malades de la catégorie que nous étudions et qui « font tout à la sclérose » comme disait Landouzy, sont habituellement des *hypertendus*. Cette hypertension explique les poussées hémoptoïques répétées que l'on observe chez eux. Lors de ces poussées, leur tension artérielle déjà élevée s'exagère passagèrement. S'ils échappent aux hémoptysies foudroyantes qui les menacent, ils succombent en général non à la phtisie mais à l'asystolie progressive d'origine pulmonaire ; ils meurent comme des cardiaques et non comme des tuberculeux.

Résumant notre étude dans une vue d'ensemble, si nous constatons chez un même sujet :

Des symptômes ou des stigmates de syphilis, ou si la syphilis est révélée par une réaction de Bordet-Wassermann positive ;

si ce sujet présente une inégalité pupillaire pure accompagnée d'adénite sus-claviculaire (ces deux signes étant ou non associés à d'autres signes du syndrome pleural) ;

si le malade revêt l'aspect clinique propre au tuberculeux *fibreux* et s'il est atteint de tuberculose évoluant suivant la forme lente, torpide, apyrétique ;

nous serons en face d'un type clinique caractéristique.

Ce type complet, schématique, pur, n'a pas été observé souvent jusqu'à ce jour. Les différents éléments qui le constituent sont dans la majorité des cas plus ou moins isolés ou prédominants chez un même sujet. Lorsqu'un examen méthodique réussit à grouper quelques-uns d'entre eux, ce groupement suffit en général à étayer le diagnostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Cette observation a déjà été publiée par notre maître le Dr Emile Sergent, in *Syphilis et Tuberculose*. Masson, 1907.)

L. G..., 58 ans, tailleur, entre le 28 novembre 1905, salle Vernois, à l'hôpital Necker, parce qu'il tousse et est oppressé.

En 1871, il a contracté la syphilis ; pendant deux ans, il a eu plusieurs fois des plaques muqueuses dans la gorge ; en 1878, il eut une gomme sur la jambe gauche, dont on voit encore la cicatrice. Il n'a soigné sa syphilis que par à-coups et très incomplètement.

Il est éthylique.

Depuis 1875, il tousse toujours ; il a eu une hémoptysie en 1878 ; il n'en a jamais eu depuis.

Actuellement. — Il dit avoir été mouillé il y a quatre jours et tousse beaucoup plus que d'habitude.

Il crache abondamment (expectoration de bronchite) ; la poitrine est pleine de râles sonores. — Quelques jours après, lorsque la bronchite est guérie, on constate aisément aux deux sommets, principalement à droite, de la submatité avec résistance au doigt ; la respiration est obscure et rude, avec quelques frottements superficiels ; dans les parties moyennes des poumons, la respiration est emphysémateuse.

L'expectoration, moins abondante qu'au moment de l'entrée, est composée de crachats épais, grisâtres, nummulaires, dans lesquels on peut colorer de très rares bacilles de Koch.

C'est donc encore ici un exemple de tuberculose fibreuse, évoluant d'une façon torpide et lente chez un ancien syphilitique.

Ce qui est intéressant, c'est que cet homme a sur la langue et les commissures des plaques de leucoplasies, — qu'il présente, d'autre part, quelques signes d'actério-sclérose : retentissement du deuxième bruit aortique, hypertension artérielle (22), crampes dans les jambes, bourdonnements d'oreilles, pas d'albumine cependant — que ses pupilles sont inégales avec conservation toutefois du réflexe d'accommodation.

OBSEVATION II

(Cette observation se trouve dans la thèse de P. Chabbert, intitulée : *Valeur séméiologique de la tuberculose pulmonaire fibreuse dans la recherche de la syphilis*. Paris, 1908.)

S..., âgé de 38 ans.

Vient consulter le 12 mai à l'hôpital Necker parce qu'il est oppressé, tousse fréquemment et crache.

L'examen des poumons permet de constater une respiration nettement emphysémateuse avec râles sibilants et ronflants disséminés, mais prédominants aux deux sommets.

Leucoplosie buccale.

Inégalité pupillaire sans signe d'Argyll-Robertson.

A contracté la syphilis il y a seize ans.

OBSERVATION III

M..., 31 ans, employé de commerce, entre le 15 février 1916 à l'hôpital de la Charité. Evacué du front en mars 1915. Vient du dépôt de Clignancourt.

Rien de pulmonaire dans les antécédents.

A contracté la syphilis il y a cinq ans et a été immédiatement soigné (traitement mercuriel).

Le malade allait très bien au début de la guerre. Est resté sept mois sur le front, en parfaite santé.

Evacué pour bronchite en mars 1915. Resté au dépôt, il commence en mai 1915 à se sentir faible. Son état de faiblesse s'accompagne d'une continuelle envie de dormir.

En juin étant donné son mauvais état général, il obtint deux mois de convalescence. Pendant cette convalescence il eut une nouvelle bronchite pour laquelle il fut hospitalisé au lycée Buffon : il y resta deux mois et toussa pendant assez longtemps. Son état général était mauvais.

Du lycée Buffon il fut envoyé à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Bécclère pour y faire traiter une tumeur de la région sus-claviculaire que le Dr C... avait diagnostiquée tumeur lymphomateuse. Cette tumeur était apparue en janvier 1915 (avant la première bronchite et peu de temps après une contusion subie dans cette région) ; elle a grossi progressivement pendant quelque temps et est toujours restée indolore.

En septembre 1915, le malade eut une tuméfaction et une suppuration

de l'aisselle. Chez M. Bécclère le malade subit pendant quelque temps un traitement radiothérapique qui ne donna pas de résultats. Alors on lui fit 3 piqûres d'arsénobenzol; on arrêta à la troisième 30 centigrammes; cette dernière piqûre ayant été mal supportée (frissons et fièvre). A la suite de ces piqûres les deux tuméfactions, la sus-claviculaire et l'axillaire ont notablement diminué.

En décembre 1915, le malade eut pour la première fois des hémoptysies très légères. On diagnostiqua une tuberculose pulmonaire, la recherche du bacille tuberculeux dans les crachats fut positive.

M. Bécclère fit sortir le malade avec une proposition de convalescence prolongée.

Le dépôt de Clignancourt l'envoie à l'hôpital.

Actuellement. — Le malade se sent faible. Facies très anémié, teint foncé datant depuis juillet 1915 (début de l'asthénie).

Température 38, pouls petit.

Tousse surtout la nuit. Expectoration jaunâtre. Transpiration abondante.

L'examen de la région sus-claviculaire droite révèle une tuméfaction bosselée (mobile avec les mouvements respiratoires) paraissant être une adénite sus-claviculaire.

De même on note une grosse tuméfaction indurée, circonscrite dans l'aisselle droite.

On note aussi une adénite sus-claviculaire gauche, sous-maxillaire gauche, parotidienne droite et mylo-hyoïdienne.

Taches cuivrées sur le ventre, consécutives à une éruption survenue à la suite des piqûres d'arsénobenzol.

Inégalité pupillaire. La pupille gauche est la plus grande. Réflexes normaux.

L'examen de l'appareil respiratoire révèle :

En arrière, une spéléonque au sommet droit, avec bande d'infiltration. Souffle hilaire.

A gauche quelques râles après la toux.

En avant, mêmes signes.

Mort le 24 mars 1916.

OBSERVATION IV

H..., 36 ans, garçon de magasin, entre à l'hôpital de la Charité le 13 janvier parce que depuis trois semaines « il souffre de la poitrine » et ressent une courbature générale.

Depuis deux ans, à la suite d'un rhume qui dura huit jours, ses forces ont diminué.

Jusqu'au mois de décembre dernier le malade se portait assez bien. A cette époque il perdit l'appétit, maigrit considérablement, eut des sueurs nocturnes et fut atteint de la laryngite qu'il présente encore en ce moment.

Actuellement. — Le malade est touché dans son état général. Il est amaigri, les yeux sont caves, les pommettes saillantes et rouges. Les doigts présentent l'aspect « en baguettes de tambour ».

A l'examen de l'appareil respiratoire on trouve :

En arrière : une tonalité plus élevée et une augmentation des vibrations au sommet droit.

Une diminution de la sonorité et des vibrations normales au sommet gauche.

Submatité dans la fosse sous-épineuse des deux côtés.

A droite respiration soufflante et râles humides qui imitent la respiration spéléologique au sommet.

Dans la fosse sous-épineuse râles sous-crépitaux, sibillances à la base.

A gauche le murmure vésiculaire est diminué au sommet.

Pas de bruits adventices.

Dans la région hilairale on entend un gros souffle qui se propage jusqu'au sommet. Pectoriloquie aphone.

En avant : mêmes signes.

Cœur un peu faible, pouls à 100.

Température : 37°8 hier, 38°5 ce matin.

La malade nie la syphilis.

Langue ficelée, gommes.

On traite le malade à l'hectine et l'on institue le traitement de Ferrier.

Inégalité pupillaire sans troubles des réflexes.

La pupille gauche est plus grande que la droite.

Réflexes rotuliens normaux.

Albumine dans les urines.

La malade s'affaiblit de plus en plus et meurt le 30 janvier.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax le sommet droit est fortement adhérent à la paroi. A gauche au contraire pas d'adhérences pleurales. Toute la partie moyenne du poumon droit est envahie par la substance caséeuse.

A gauche caverne à la partie préaortique.

OBSERVATION V

F..., 25 ans, employé de commerce, entre le 3 mai 1919 dans le service de M. Sergent à l'hôpital de la Charité parce qu'il se sent faible. C'est

surtout depuis octobre 1918 qu'il se plaint de cet état de faiblesse qui s'accompagne vite d'essoufflement à l'exercice.

Sa sœur est « malade de la poitrine ».

Il a des bronchites tous les hivers. A fait son service militaire de 1903 à 1906. Il a été traité en 1912 pour une syphilis contractée dans les derniers jours de l'année 1911. N'a pas été traité dans la suite. N'a pas présenté d'autres accidents que ceux du début.

Actuellement. — L'examen de l'appareil respiratoire révèle une diminution de sonorité au sommet droit.

Souffle extra cardiaque.

Adénopathie sus-claviculaire surtout marquée à droite.

Inégalité pupillaire simple. La pupille droite est la plus large.

Examen radioscopique (6 mai 1919) : sommet droit diminué de transparence à contours un peu estompés, s'illumine faiblement. Ombres hilaires des deux côtés très accentuées, étalées et floues. A gauche un peu au-dessus du cœur on aperçoit dans l'ombre hilaire un petit nodule opaque de la grosseur d'un pois. Diaphragme normal. Espace médian presque complètement bouché sauf à la partie inférieure.

OBSERVATION VI

H. C . ., Michel, 61 ans, interprète, entre le 2 décembre 1920, salle Corvisart, à l'hôpital de la Charité pour une poussée aiguë de bronchite chronique.

Le malade a l'aspect du bacillaire scléreux : face maigre, thorax étroit ; il donne l'impression d'un recroquevillement de toute sa personne. Bien portant jusqu'à l'âge de 49 ans, âge auquel il contracta la syphilis. Soigné dès le début, les accidents secondaires surviennent néanmoins trois mois après : roséole, plaques muqueuses. Il fut alors traité à l'iodure de mercure.

Bien portant dans la suite jusqu'à 53 ans — il y a huit ans de cela — il est atteint alors d'une bronchite qui se renouvelle chaque hiver et qui le fait tousser et cracher.

Actuellement. — L'examen du corps ne révèle rien de suspect, aucune cicatrice.

Mais il a de la leucoplasie linguale et commissurale.

Inégalité pupillaire (la pupille gauche est la plus grande), sans signe d'Argyll-Robertson. Les deux pupilles réagissent bien.

Le malade est surtout un toussEUR invétéré et un cracheur. Entré pour une poussée aiguë de bronchite chronique il présente des signes qui prédominent au niveau des régions scissurales et apicales.

C'est de plus un syphilitique.

On n'a jamais trouvé de bacilles dans ses crachats.

On a noté à l'*examen radioscopique*, une opacité uniforme des sommets due à la sclérose et surtout un empatement de la région hilare ; ce sont des ganglions crétaçés, calcifiés, exubérants, abondants comme on les rencontre chez les anciens syphilitiques devenus tuberculeux. On note encore des arborescences hilaires marquées, des nodules noirs inégaux de volume et échelonnés le long de tractus assez gros (sclérose et dilatation bronchique). Les espaces intercostaux sont larges, horizontaux et de place en place transparents (emphysème). Espace médian en grande partie opaque.

Les signes radioscopiques indiquent le terrain spécifique chez ce malade, ils font penser à la syphilis dont la leucoplasie est la signature.

La courbe thermométrique est discrète, de quelques dixièmes au-dessus de la normale avec de rares ascensions à 38. En avril elle oscille normalement aux environs de 37 degrés.

Tension artérielle (au Vaquez) : 2 novembre 1920 : Mx, 10 5 Mn 5 ; 15 novembre : 11 1/2-6 1/2 ; 22 novembre 13-6 ; 3 décembre 12-5 1/2 ; 3 janvier 1921 14-7.

L'examen des poumons révèle de la matité au niveau des sommets principalement à gauche, avec diminution du murmure vésiculaire.

Pas de bruits adventices.

Respiration asthmatique. Quelques râles ronflants.

Réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

On est en présence d'une pneumopathie chronique chez un ancien syphilitique. Les signes radioscopiques sont nets. La sclérose des sommets se rencontre non dans la syphilis mais chez le syphilitique devenu tuberculeux. C'est une tuberculose à type fibro-calcaire Elle affecte ici la forme d'une bronchite chronique avec dilatation des bronches. Des séries d'examens n'ont pas montré de bacilles dans les crachats. Les lésions tuberculeuses sont probablement éteintes, le malade reste un bronchiteux chronique avec emphysème. La tuberculose est enterrée. Il finira probablement asystolique.

OBSERVATION VII

F..., 22 ans, sapeur-pompier, vient à la consultation de la Charité, le 15 mars 1916, où l'on nota un ballonnement douloureux du ventre et une ascite légère dans les flancs. Matité et frottements à la base gauche. Le malade est hospitalisé pour une forme de tuberculose péritonéo-pleurale probable.

A 13 ans le malade a souffert de coliques assez violentes qui durèrent une huitaine de jours. Grippe à 18 ans. Bonne santé apparente dans la suite jusqu'à il y a quatre mois environ, époque à laquelle il a commencé à souffrir de l'abdomen (douleur sourde, profonde). Cette douleur est allée en s'accroissant et, il y a un mois et demi il est entré à l'infirmerie des sapeurs-pompiers où l'on s'est contenté de lui mettre un bandage et de l'ouate sur le ventre.

On lui fit une série de 13 piqûres contre le tréponème. La syphilis s'affirmait par une réaction de Bordet-Wassermann positive et par des traces visibles et palpables à l'extrémité antérieure de l'urètre.

Actuellement.— Le malade qui depuis une cinquantaine de jours a maigri de 3 kilos, ne tousse, ni ne crache. Il a de fréquentes sueurs nocturnes. L'abdomen est ballonné, rénitent, douloureux. Les flancs paraissent contenir une légère ascite.

L'examen de l'appareil respiratoire révèle une obscurité du sommet gauche, des frottements et de la matité de la base gauche.

Le sommet droit est légèrement rude.

Les pupilles sont inégales, la droite est la plus grande. Pas de troubles des réflexes d'accommodation.

OBSERVATION VIII

L... Lucienne, 28 ans, couturière, vient consulter le 23 avril 1924 à la consultation spéciale du Dr Sergent parce qu'elle a des étouffements et des « points » dans le dos.

La malade a eu une bronchite il y a deux ans et demi et continue à tousser depuis.

Un an après elle commence à ressentir des étouffements. Des points douloureux à droite dans le dos la fait souffrir continuellement. En 1920 à la suite d'une bronchite elle commence à cracher. Les crachats étaient épais et jaunâtre; ils ont cessé au bout de quinze jours.

Elle tousse et maigrit beaucoup. L'appétit est capricieux. Elle a des nausées fréquentes, du ballonnement du ventre après les repas.

Sueurs nocturnes.

La malade se plaint encore de douleurs dans les jambes. Elle se fatigue facilement.

Antécédents personnels. — Bronchite en 1918. La malade a contracté la syphilis à une époque qu'elle ignore et pour laquelle elle est actuellement traitée dans une clinique.

A fait trois fausses couches suivies d'hémorragies abondantes.

A eu un enfant il y a sept ans et demi. Il est mort âgé de trois semaines.

A un autre enfant âgé de six ans.

Antécédents héréditaires. — Sa mère âgée de soixante ans est atteinte de bronchite chronique et est, elle aussi, traitée comme syphilitique.

Père mort accidentellement à trente-cinq ans.

L'examen de l'appareil respiratoire, fait le 24 avril 1921, révèle au sommet droit, en avant, une légère diminution du son de percussion, une exagération des vibrations, une respiration soufflante, des frottements et quelques râles secs après la toux.

Mêmes signes plus accusés au sommet droit en arrière.

Rien d'appréciable à gauche.

Examen radioscopique (4 mai 1921).

Sommet droit voilé aussi bien en avant qu'en arrière avec illumination après la toux.

Tractus hiliares plus marqués que d'habitude avec nodosités opaques bilatérales.

Espace médian perméable.

Examen du 7 mai 1921 :

Bon état général, pupilles égales, pas d'adénite sus-claviculaire, pas de modification de la sonorité. Respiration un peu plus rugueuse au sommet droit en arrière, pas de bruits adventices.

[L'examen de l'inégalité pupillaire provoquée, recherchée avec la solution d'atropine au 1/1000 a révélé une inégalité pupillaire; la pupille était la plus grande].

OBSEBVATION IX

N... Marcelle, 20 ans, vient le 13 novembre 1920 à la consultation spéciale du Dr Sergent pour être renseignée sur l'état de son poumon gauche.

La malade a été admise le 1^{er} février dernier à l'hôpital Laënnec pour une pneumonie caséreuse droite. On lui a fait un pneumothorax d'urgence. Elle est restée très mal pendant plusieurs jours, puis a repris peu à peu le dessus. Elle est restée trois mois à Laënnec. Il lui était revenu un peu de force, elle avait engraisé mais continuait à avoir de la fièvre. Sa température est dans la suite revenue sensiblement à la normale, cependant elle a de temps en temps de petites poussées thermiques. La malade, toujours en traitement se fait réinsuffler tous les quinze jours.

A noter dans ses antécédents personnels : une syphilis qu'elle ignorait et ne fut révélée que par une réaction de Bordet-Wassermann positive. Les accidents primitifs sont passés inaperçus, les accidents secondaires ont été tout à fait bénins. La date d'inoculation semble remonter à quatorze mois.

Inégalité pupillaire avec conservation des réflexes.

La pupille gauche est plus grande que la droite.

Pas d'adénite sus-claviculaire.

Aspect général assez moyen. Signes de pneumothorax total du côté droit. A gauche, frottements pleuraux sur toute la hauteur en arrière comme en avant sans rien de net.

OBSERVATION X

G... Auguste, 43 ans, boulanger, vient le 2 mars 1920 à la consultation spéciale du Dr Sergent parce qu'il tousse, crache et a de la difficulté à respirer.

Histoire de la maladie : début il y a dix ans par une bronchite dont le malade ne se rappelle ni le mode de début, ni la durée : depuis cette époque il tousse très fréquemment, surtout le matin et en travaillant. Première hémoptysie il y a dix ans (hémoptysie très abondante ; le malade peut se remettre au travail deux ou trois semaines après). Les hémoptysies se reproduisirent tous les ans. La dernière remonte à deux mois.

A maigri de 4 à 5 kilos depuis six ans.

Dyspnée pendant son travail (travaille la nuit). Transpiration au réveil et frissons de temps en temps.

Antécédents héréditaires : Père vivant (72 ans). Mère morte à soixante-neuf ans.

Antécédents personnels : jamais malade dans son enfance. Pris au service militaire en 1896.

Marié, pas d'enfants.

A contracté la syphilis il y a dix ans.

Réformé en 1908 pendant une période de vingt-huit jours avec le diagnostic « tuberculose pulmonaire ».

Maintenu dans la réforme par le conseil de revision de la Seine du 15 janvier 1915.

Examen du malade, 29 février 1920.

Appareil respiratoire :

Signes fonctionnels : tousses surtout en se levant.

Expectoration épaisse, muco-purulente, purée de pois : *présence du bacille de Koch*.

Hémoptysies très abondantes espacées de six mois.

Dyspnée très forte : le malade a été obligé de s'arrêter trois ou quatre fois en montant l'escalier.

Quelques points douloureux fugaces à la base et au sommet du poulmon gauche.

Signes physiques :

Inspection : *pupille gauche plus dilatée que la droite.*

Teint pâle : thorax un peu voûté. Dépression sous-claviculaire.

Palpation : paquet de ganglions sus-claviculaires à gauche.

Vibrations vocales augmentées au sommet gauche.

Simple diminution de la sonorité sous la clavicule droite.

Auscultation : en avant : sous la clavicule gauche, respiration très obscure avec frottements pleuraux et craquements secs, après la toux, s'étendant assez bas.

A droite : respiration emphysémateuse.

En arrière : matité complète sur presque tout l'hémithorax gauche et mêmes signes qu'en avant à peu près jusqu'à la base.

A droite : mêmes signes qu'en avant du même côté.

Au total : *signes de bacillose fibreuse torpide avec grosse symphyse pleurale du côté gauche et à type emphysémateux du côté droit.*

Appareil circulatoire :

Bruit aortique fort.

Pouls 113.

Tension artérielle (Pachon) Mx : 21 ; Mn : 10 1/2.

Température : 38 degrés matin et soir.

Appareil digestif : bon appétit, pas de vomissements après les repas.

Va bien à la selle. Abdomen souple. Foie et rate normaux.

Appareil urinaire : urines normales. Ni sucre ni albumine.

Système nerveux : réflexes : R. pupillaire conservé ; réflexe patellaire normal.

Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Polymicroadénopathie inguinale.

Pas d'œdèmes.

Ongles hypocratiquee.

Examen radioscopique, huit mars : tout l'hémithorax gauche paraît diminué de champ, rétracté, avec obliquité et étroitesse des espaces intercostaux. Le 1/3 supérieur est complètement opaque. L'hémithorax droit paraît à peu près normal et suffisamment transparent. Contours du sommet épaissis. Ombre médiane déformée, élargie par la déviation rachidienne. En variant la position du malade on constate l'augmentation de l'ombre de la crosse. L'ombre cardiaque ne paraît pas élargie.

En position oblique : espace rétro-cardiaque complètement bouché.

Diaphragme peu mobile, sinueux, tiraillé par quelques brides. Les tissus s'ouvrent mal.

CONCLUSIONS

I. — *L'inégalité pupillaire pure* constatée chez les syphilitiques, n'est pas dans nombre de cas fonction de syphilis mais d'une *affection concomitante*, ou d'une *lésion cicatricielle du dôme pleuro-pulmonaire*. Parmi les causes multiples susceptibles de l'engendrer, les *affections pleuro-pulmonaires en général* et la *tuberculose apicale en particulier*, occupent une place importante.

II. — *L'inégalité pupillaire pure* chez les sujets à la fois *syphilitiques et tuberculeux* accompagne souvent une *adénite sus-claviculaire*. Elles traduisent la *clérose des sommets* (ces deux symptômes étant associés ou non à d'autres signes du *syndrome de la pleurite du sommet*).

III. — On observe chez ces malades une tuberculose qui revêt l'aspect clinique particulier du type *fibreux, torpide, apyrétique, avec hypertension et tendance aux hémoptysies*.

IV. — 1° Les *symptômes* ou les *stigmates* de la syphilis, d'une part (ou une réaction de Bordet-Wassermann positive) ;

2° *L'inégalité pupillaire pure* accompagnant souvent une *adénite sus-claviculaire*, d'autre part (toutes deux étant ou non associées à d'autres signes du syndrome pleural) ;

constituent, surtout lorsqu'on les rapproche de :

3° *L'évolution particulière* de la tuberculose chez les sujets qui en sont porteurs,

un type clinique caractéristique.

Ce type complet, schématique pur n'a pas été observé souvent jusqu'à ce jour. Les différents éléments qui le constituent, sont dans la majorité des cas, plus ou moins isolés ou prédominants chez un même sujet. Lorsqu'un examen méthodique réussit à grouper quelques-uns d'entre eux, ce groupement suffit en général à étayer le diagnostic.

V. — Nous dirons avec le D^r Sergent, envisageant les cas que nous venons d'étudier : « L'inégalité pupillaire simple, constatée chez un syphilitique avéré, n'a donc avec la syphilis qu'un rapport indirect ; elle est un effet de la pleurite apicale liée à la tuberculose pulmonaire développée à la faveur de la syphilis ; elle n'est pas directement causée par la syphilis et n'a aucune relation avec une lésion évolutive des centres nerveux (tabès ou paralysie générale).

« La valeur diagnostique et pronostique de ces constatations sémiologiques est assez importante pour que cette cause d'inégalité pupillaire chez les syphilitiques soit fortement soulignée. On pourrait presque dire que c'est parce que la pleurite du sommet est très fréquente chez les syphilitiques qu'on a fait de l'inégalité pupillaire simple un indice révélateur de la syphilis. » E. Sergent (Académie de Médecine, 11 mars 1919).

Le Doyen
ROGER

Vu : le président de la thèse,
M. LETULLE

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Babinski (J.). — Bull. de la Soc. méd. des Hôp. (Séance du 8 nov. 1901).
- Babonneix. — Syphilis, in traité de Path. méd. (Sergent-Ribadeau-Dumas-Babonneix). Paris, Maloine, 1921).
- Barthélemy. — Syphilis et tuberculose (Congrès international de la tuberculose. Paris, 1905).
- Bazin. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, 1864.
- Cantonnet (A.). — L'inégalité pupillaire latente dans la tuberculose pulmonaire (Journal de Médecine intern., 30 août 1909).
- Cantonnet (A.) et Touchard (P.). — L'inégalité pupillaire latente dans les affections organiques du système nerveux (Revue neurologique, 15 septembre 1909).
- Cantonnet (A.). — L'épreuve de la « mydriase provoquée » et l'inégalité pupillaire (Presse médicale, 17 novembre 1909).
- Chabbert (P.). — Valeur séméiologique de la tuberculose pulmonaire fibreuse dans la recherche de la syphilis. Th. de Paris, 1908.
- Chauffard et Lœderich. — Les inégalités pupillaires dans les pleurésies avec épanchement (Arch. gén. de Méd., 1903).
- Dalsace. — Etude clinique de l'Étiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire. Th. de Paris, 1920.
- Debérain (F.). — L'inégalité pupillaire dans les maladies du poumon et de la plèvre (Presse méd., 1^{er} octobre 1904).
- Dufour (H.). — Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis et certaines maladies nerveuses (Tabès, paralysie générale) (Bull. Soc. méd. des Hôp. Séance du 13 juin 1902 et séance du 22 avril 1904).
- Edward Jackson (A.). — La pupille dans les maladies générales (The American Journal of the Medical sciences, n° 349, octobre 1908).
- Fodor. — Réaction inégale des pupilles à la lumière en tant que symptôme précoce de la tuberculose pulmonaire (Wien. med. Woch., 12 mars 1910).
- Gaucher (E.) et Sergent (Em.). — Anat. path., nature et traitement de la leucoplasie buccale (Arch. de Méd. expériment. et d'Anat. path., 4 juillet 1900).
- German (Mlle). — Etude sur le syndrome de la pleurite apicale dans la tuberculose pulmonaire (Adénite sus-claviculaire et inégalité pupillaire) (Th. de Paris, 1917).
- Hartmann (H.). — L'état de la pupille dans le syndrome de Basedow. Th. de Paris, 1908.

- Herbet (H.).** — Le sympathique cervical, étude anat. et chirurg. Th. de Paris, 1900.
- Jacquinet (J.).** — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Th. de Paris, 1881.
- Lapersonne (F. de) et Cantonnet (A.).** — Manuel de Neurologie oculaire. Masson, 1910.
- Landouzy.** — Associations morbides : syphilis et tuberculose ; terrains et graine (Congrès pour l'étude de la Tuberculose, 1891).
- Valeur séméiologique des leucoplasies jugales et commissurales dites « plaques des fumeurs » (Presse méd., 27 juin 1908).
- Ledroit.** — Les inégalités pupillaires dans les pleurésies avec épanchements. Thèse de Paris, 1903.
- Letulle.** — La Tuberculose pleuro-pulmonaire. Paris, Maloine, 1906.
- Magitot.** — L'Iris. Paris, Doin, 1921.
- Marfan.** — La tension artérielle dans la Tuberculose pulm. chronique et son importance pour le pronostic (Rev. méd., nov. 1907).
- Adénopathies sus-claviculaires et axillaires, consécutives à la tub. pulm. et ayant déterminé une névrite du plexus brachial (Bull. méd., 2 mai 1900).
- Massalongo.** — Pathologie de la Pneumonie aiguë (Vérone, 1889).
- L'inégal. pup. dans les maladies pleuro-pulm., aiguës et chron. (Répertoire de Méd. internationale, 7 juin 1914).
- Pernot.** — Des troubles oculo-pupill. dans la tub. pulm. chron. et dans la pneum. du sommet. Thèse de Paris, 1904.
- Potain.** — Syphilis pulmonaire ; historique, formes, anatomo-pathologie, symptômes et diagnostic (Gaz. des Hôp., 1888, n^{os} 137 et 142).
- Syphilis et tub. pulm. (Gaz. des Hôp., 1893, p. 1373).
- Tuberculose et syphilis pulmonaires (Union méd., 6 janvier 1894).
- Phtisie tuberculeuse avec foyer interlobaire chez un syphilitique (Semaine médicale, 6 février 1893).
- Rénon.** — L'évolution de la Tuberculose pulm. chez les syphilit. in Conférences sur les maladies du cœur et du poumon. Masson, 1906.
- Roque.** — De l'inégalité des pupilles dans les affections unilatérales des diverses parties du corps. Thèse de Paris, 1873.
- Sainton.** — Etude des pupilles dans le syndrome de Basedow (Revue neurologique, 1909, communication au XIX^e Congrès de Nantes).
- Sébileau.** — Appareil suspenseur de la plèvre (Soc. de Chirurgie, n^o 17. Paris, 1891).
- Sergent (Em.).** — Syphilis et Tuberculose. Paris, Masson, 1907.
- Evolution et traitement de la tuberculose chez les syphilitiques (Presse méd., 14 octobre 1908).
- L'inégalité pupillaire dans les affections pleuro-pulmonaires (Prog. méd., 11 mai 1912).
- Les éléments du diagn. de la tuberc. chez les syph. (Bull. méd., 16 avril 1913).

- Valeur séméiologique de la tuberculose fibreuse dans la recherche de la syphilis (Progrès méd., 26 avril 1913).
- Sergent.** — Les signes de la pleurite du sommet et leur valeur dans le diagn. de la tub. pulm. de l'adulte. L'adénite et la lymphangite nodulaire sus-claviculaires (Presse médicale, 24 août 1916).
- Sergent et German (Mlle).** — Evolution de la pleurite du sommet chez les tuberculeux (Ann. de Méd., mars-avril 1917).
- Sergent.** — L'inégalité pupillaire par pleurite du sommet chez les syphilitiques (Acad. de Méd., 11 mai 1919).
- L'inégalité pupillaire provoquée et le diagn. précoce de la tuberc. pulm. (Bull. Acad. Méd., 12 août 1921).
- Souques.** — Syndrome oculo-pupillaire dans la tuberculose du sommet du poumon (Soc. méd. des hôp., 23 mai 1902).
- Souligoux.** — Pathogénie des abcès froids du thorax (lymphatiques de la plèvre). Thèse de Paris, 1894.
- Vaquez.** — Bulletin de la Soc. méd. des hôp., séance du 7 février 1902.
- Vincent.** — Le rétrécissement unilatéral de la pupille dans l'angine phlegmo-neuse (Soc. méd. des hôp., 20 mai 1904).
- Widal et Lemierre.** — Bull. de la Soc. méd. des hôp., 25 juillet 1902.

